

<https://helda.helsinki.fi>

Refluksitautidiagnostiikan uudet teesit : Hoitokokeilua ei pidä yliarvioida

Walamies, Markku

2018

Walamies , M & Punkkinen , J 2018 , ' Refluksitautidiagnostiikan uudet teesit : Hoitokokeilua ei pidä yliarvioida ' , Duodecim , Vuosikerta. 134 , Nro 17 , Sivut 1658-1660 . <
<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14498> >

<http://hdl.handle.net/10138/305691>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Markku Walamies ja Jari Punkkinen

Hoitokokeilua ei pidä yliarvioida

Refluksitautidiagnostiikan uudet teesit

Ruokatorven refluksitaudin diagnoosi on pitkälti perustunut tyypilliseen oirekuvaan ja protonipumpun estäjillä (PPI) tehdyssä hoitokokeessa saatuun suotuisaan vasteeseen (1). Mahasyöpä on alle 55-vuotiailla potilailla harvinainen, joten ilman hälyttäviä oireita kuten oksentelua tai laihtumista on tätä nuorempien rutiinimaista gastroskopiaa pidetty harvoin tarpeellisenä (2).

Tällä vuosikymmenellä on käynyt ilmeiseksi, että jopa 30 %:lla tyypillisestikin (näristys, käänteisvirtaus) oireilevista potilaista vaivat jatkuvat asianmukaisesta PPI-lääkityksestä huolimatta (3). Näissä tapauksissa voidaan kaivata lisäselvittelyjä hoitopäätösten tueksi. Ensimmäiseksi tulee kyseeseen gastroskopia, jossa todisteeksi refluksitaudista riittää selvä eli Los Angelesin luokituksen vaikeusasteen B, C tai D mukainen esofagiitti, peptinen striktuuri tai pitkä Barrettin limakalvomuutos (4).

Normaali endoskopia-työ on kuitenkin yleinen eikä sulje pois refluksitautia (5). Tällöin erikoissairaanhoidon käytettävissä ovat toimintatutkimukset, ennen kaikkea tarkkuusmanometria ja pH-arvon tai impedanssin vuorokausiseuranta. Jälkimmäiset kaksi voivat varmistaa refluksitautidiagnoosin, mutta myös ensiksi mainittu saattaa tukea sitä, ja kaikki kolme voivat paljastaa vaihtoehtoisen syyn ongelmapotilaan oireiluun (4,5). Objektiiivinen näyttö refluksin ja oireiden välisestä yhteydestä on erityisen tärkeää, mikäli harkitaan leikkaushoitoa (3).

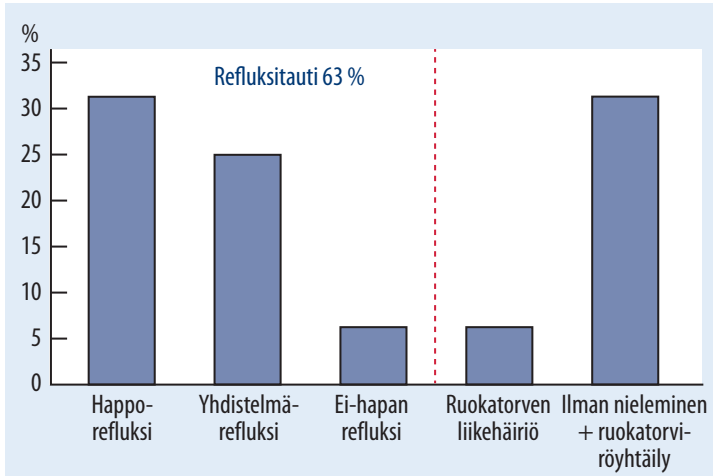
Osalle laajasta potilasjoukosta saatetaan aluksi tehdä väärä tilannearvio. Kymmenen olennaista diagnostista haksahdusta on koottu teeseiksi (tässä roomalaisin numeroin) (6), joiden laatijat nostavat erityisesti esille klassisen PPI-hoitokokeilun vaatimattoman suorituskyvyn refluksitautidiagnostiikassa (I), kun esimerkiksi monikansallisen DIAMOND-

tutkimuksen mukaan sen herkkyys on 69 % ja tarkkuus vain 51 % (7). Refluksityyppisistä oireista kärsiviä potilaita ei myöskään tule lähettää antirefluksikirurgiaan pelkästään huonon PPI-vasteen perusteella (II).

Tavanomainen pH:n vuorokausiseuranta on edelleen kelvollinen menetelmä varmistaa refluksitauti tyypillisissä tapauksissa esimerkiksi ennen leikkauspäätöstä, mutta refluksitaudin poissulkemiseen se ei riitä (III). Mittausteknisten sudenkuoppien ohella tähän vaikuttavat myös patofysiologiset tekijät, esimerkiksi autoimmuuniperäisen gastriitin heikentämä mahahapon tuotanto. Impedanssiseurannassa paljastuu ei-hapankin (pH yli 4) refluksi, joka aiheuttaa osalle potilaista oireita. Vuorokausiseurannassa refluksiajan pidentyminen osoittaa suhteellisen luotettavasti refluksitaudin. Sen sijaan pelkkään oireiden ja refluksin väliseen ajalliseen korrelaatioon tulee suhtautua varauksella (IV), mikäli määrättyä oiretta esiintyy rekisteröinnin aikana hyvin harvoin (1–2 kertaa) tai toisaalta runsaasti (yli 20 kertaa).

Erotusdiagnoosi refluksitaudin ja eosinofillisen esofagiitin välillä ei voida tehdä pelkästään näytepalan ja PPI-hoitovasteen perusteella (V), koska mahahapon salpauksen lisäksi tähän lääkeryhmään liittyy muitakin terapeuttisia vaikutuksia. Joidenkin potilaiden oireet rauhoittuvat PPI-lääkkeiden tulehdusreaktiota hillitsevien ja geenivaikutusta muokkaavien ominaisuuksien ansiosta (8). Refluksitaudista tarvitaan objektiivinen näyttö, joka saadaan esimerkiksi impedanssiseurannan avulla.

Erilaisia nieluoireita, kuten kurkkukipua tai äänen käheyttä, ei tule pitää refluksitaudista johtuvina ilman (impedanssiseurannasta saatua) luotettavaa näyttöä (VI). Mikään laryngoskooppinen löydös ei ole tältä osin spesifinen, ja lumevaikutus taas heikentää PPI-hoitokokeilun luotettavuutta.



KUVA. Kliinisfysiologisten toimintatutkimusten päälöydös 50 peräkkäisellä potilaalla, jotka lähetettiin Husiin refluksitaudin leikkausharkintaa varten.

Ruokatorviröyhtäily on muistettava (VII), koska se ei ole ongelmapotilailla aivan harvainen, ja taparöyhtäilyn lisäksi siihen usein liittyy muitakin samantapaisia oireita kuin refluksitautiin (9). Kyseinen toimintahäiriö voidaan varmistaa impedanssin vuorokausiseurannassa, mutta vain mikäli asiantuntija käy nauhoituksen huolellisesti läpi. Ruminaatitakaan ei tule unohtaa (VIII), jos käänteisvirtaus liittyy kiinteästi ruokailuun (10). Huolellinen anamneesi johtaa diagnoosin jäljille, ja diagnoosi voidaan todentaa tarkkuusmanometriassa, joka toimii myös hyvänä potilasohjauksen lähtölaukauksena.

Akalasian hitaasti kehittyvät muodot muistuttavat yllättävän usein alkuun refluksitautia (11). Tavallisimmat vaivat ovat nielemisvaikeus ja rintakipu, mutta joskus yöllinen käänteisvirtaus saattaa olla akalasian ainoa oire (IX). Tarkkuusmanometria on paras menetelmä akalasiadiagnostiikassa, eikä kansainvälisen asiantuntijaryhmän mukaan antirefluksileikkausta tule tehdä ilman edeltävää manometriaa (12).

Oikein valittujen potilaiden antirefluksikirurgian tulokset ovat yleensä erinomaiset, mutta pienelle osalle fundoplikaatiomansetti voi aiheuttaa merkittäviä ruokatorven vetovaikeuksia. Toisinaan ruokatorven ja mahalaukun välisen liitoksen kireys johtaa nielemisvaikeuden

sijasta refluksityypiseen oireiluun (X). Tarkkuusmanometria on arvokas lisä anatomiseen arvioon, ja siinä osuvin testi virtausolosuhteiden selvittämiseksi on vedenjuontikoe.

Hankalien refluksityyppisten oireiden erotusdiagnoosiikassa on Suomessa vielä parantamisen varaa. Kolmanneksella antirefluksileikkaukseen tarjottavista potilaista oireiden syynä on kansainvälisten selvitysten mukaan jokin muu kuin refluksitauti (13,14). Omien kokemustemme perusteella osuus on Husin alueella suunnilleen sama (KUVA). Ruokatorven toimintatutkimusten aktiivinen käyttö kohentaa kyllä tilannetta, mutta klinikolle tärkeintä on tuntea koko diagnostiikkakirjo ja siten välttää ajattelun urautumista. Närästys ei automaattisesti tarkoita refluksitautia. ■



MARKKU WALAMIES, LKT, ylilääkäri
HUS-Kuvantaminen, Peijaksen sairaala, kliininen fysiologia

SIDONNAISUUDET

Luento-/asiantuntijapalkkio (Suomen Kliinisen Fysiologian yhdistys, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Covidien)



JARI PUNKKINEN, LT, osastonylilääkäri
HUS, Porvoon sairaala, sisätautien poliklinikka

SIDONNAISUUDET

Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Allergan, Biocodex, Tillots)

KIRJALLISUUTTA

1. Ovaska J. Milloin lähетен refluksipotilaan kirurgille ja miten hoidan mahdolliset jälkivaivat? *Suom Lääkäril* 2000;55:2431–4.
2. Karvonen AL. Ylävatsavaivan diagnostiikka: pitääkö aina tähyttää? *Suom Lääkäril* 2005;60:4487–90.
3. Scarpelli E, Ang D, De Santis A, ym. Management of refractory typical GERD symptoms. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2016;13:281–94.
4. Savarino E, Bredenoord A, Fox M, ym. Expert consensus document: advances in the physiological assessment and diagnosis of GERD. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2017;14:665–76.
5. Gyawali C, Kahrilas P, Savarino E, ym. Modern diagnosis of GERD: the Lyon consensus. *Gut* 2018. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314722.
6. Roman S, Mion F. Mistakes in gastroesophageal reflux disease and how to avoid them. *UEG Education* 2017;17:24.
7. Bytzer P, Jones R, Vakil N, ym. Limited ability of the proton-pump inhibitor test to identify patient with gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:1360–6.
8. Lucendo A, Molina-Infante J, Arias A, ym. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendation for diagnosis and management in children and adults. *United European Gastroenterol J* 2017; 5:335–58.
9. Kessing B, Bredenoord A, Smout A. The pathophysiology, diagnosis and treatment of excessive belching symptoms. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1667–74.
10. Absah I, Rishi A, Talley N, ym. Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterol Motil* 2017;29:e12954.
11. Kessing B, Bredenoord A, Smout A. Erroneous diagnosis of gastroesophageal reflux disease in achalasia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9:1020–4.
12. Jobe B, Richter J, Hoppo T, ym. Preoperative diagnostic workup before antireflux surgery: an evidence and experience-based consensus of the Esophageal Diagnostic Advisory Panel. *J Am Coll Surg* 2013;217:586–97.
13. Gyawali C, Roman S, Bredenoord A, ym. Classification of esophageal motor findings in gastro-esophageal reflux disease: conclusion from an international consensus group. *Neurogastroenterol Motil* 2017;e13104.
14. Herregods T, Troelstra M, Weijenberg P, ym. Patients with refractory reflux symptoms often do not have GERD. *Neurogastroenterol Motil* 2015;9:1267–73.